UNIVERSIDADE SANTO AMARO - UNISA

Mestrado em Ciências da Saúde

Diego Ferreira Andrade Garcia

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABDOME AGUDO VASCULAR EM HOSPITAL DE REDE DE SAÚDE SUPLEMENTAR DA CIDADE DE SÃO PAULO

São Paulo

2021

Diego Ferreira Andrade Garcia

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABDOME AGUDO VASCULAR EM HOSPITAL DE REDE DE SAÚDE SUPLEMENTAR DA CIDADE DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Nunes França.

Co-orientadores: Profa. Dra. Patrícia Colombo-Souza e Prof. Dr. Elias Jirjoss Ilias.

São Paulo

2021

G216a Garcia, Diego Ferreira Andrade.

Análise epidemiológica de pacientes com diagnóstico de abdome agudo vascular em hospital de rede de saúde suplementar da cidade de São Paulo / Diego Ferreira Andrade Garcia. — São Paulo, 2021.
60 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) — Universidade Santo Amaro, 2021.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Carolina Nunes França.
Coorientador: Dr.ª Patrícia Colombo-Souza; Dr. Elias Jirjoss Ilias.

1. Abdome agude. 2. Isquemia. 3. Isquemia mesentérica. 4. Dor abdominal. I. França, Carolina Nunes, orient. II. Colombo-Souza, Patrícia, coorient. III. Ilias, Elias Jirjoss, coorient. IV. Universidade Santo Amaro. V. Título, coorient. III. Universidade Santo Amaro. IV. Título.

Elaborado por Fernando Carvalho — CRB 8/10122

Dedico esse trabalho à toda comunidade docente e discente da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro, na qual dei meus primeiros, atuais e, provavelmente, últimos passos na vida e na carreira médica assistencial e acadêmica.

À Prevent Senior, local que me acolheu, me ensinou e na qual me desenvolvi e evolui, e cujo Instituto me possibilitou a oportunidade realizar um dos meus maiores sonhos.

Aos meus pais, Henrique e Rosely e irmãos, Thales, Isabella e Ramirez por serem um norte que eu persigo ininterruptamente.

À querida Daniela, o amor da minha vida, que está sempre ao meu lado.

Aos meus pacientes com os quais eu sempre aprendo a me tornar um médico melhor.

Acima de tudo e todos a Deus, o autor da vida, sem o qual eu não estaria aqui, e a quem devo tudo que tenho e sou.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Medicina de Santo Amaro minha raiz eterna no saber, na ética e na assistência.

À Prevent Senior por todas as oportunidades, projetos e sonhos adquiridos e realizações pessoais.

Ao Prof. Dr. Wilhelm Kenzler (in momoriam), por me ensinar a tornar sonhos em realidades.

Ao Prof. Dr. Elias Jirjoss Ilias, meu mestre amado, que me deu aula e hoje me dá a honra de me permitir dar aulas ao seu lado.

Ao Prof. Dr. Bernardo Ketzer pela sua maestria técnica e amizade incontável.

À Profa. Dra. Patricía Colombo-Souza responsável pela minha iniciação cientifica na instituição e que hoje me conduz ao mestrado.

Ao Prof. Dr. Álvaro Razuk por ser um exemplo a ser seguido em todos os aspectos.

Ao Prof. Dr. Rodrigo Vincenzi responsável por parte importante de minha formação e por ser minha referência pessoal na cirurgia.

À Profa. Dra. Ana Paula Ribeiro por todos os seus conhecimentos compartilhados e atenção com todos os alunos.

Em especial, e atribuindo a ela, a principal colaboradora por chegar a esse momento da minha vida acadêmica, agradeço a Profa. Dra. Carolina Nunes França por sua interminável paciência e cuidado comigo e com todos os alunos do mestrado.

Aos meus amigos os Drs Fernando Furlan Nunes e Paulo Cesar Rozental Fernandes por serem uma rocha inabalável e estarem ao meu lado em tudo.

Ao Dr. João Vitor Honorato Vollet por sua imensa colaboração e participação.

Aos acadêmicos Caio Vinicius Fonseca da Silva por sua imensa amizade, parceria e dedicação e a Fernanda Grutila Lisa por sua amizade e contribuição inestimável a esse projeto.

“O ideal é eterno”

Wilhelm Kenzler

RESUMO

Introdução: Segundo IBGE, em 2010, 10,8% da população era idosa e este número aumentará futuramente – o que traz desafios para a saúde brasileira. Estatisticamente, os idosos são muito submetidos a cirurgias, dentre elas, por abdome agudo.
Objetivo: Avaliar perfil epidemiológico, clínica e prognóstico de pacientes de um hospital com Abdome Agudo Vascular, enquadrados como Isquemia Mesentérica Aguda, submetidos a cirurgia.
Métodos: Foram revisados prontuários de pacientes com Isquemia Mesentérica Aguda submetidos a cirurgia no Hospital Sancta Maggiore, de janeiro a novembro de 2017. Para análise dos dados, utilizou-se o programa SPSS versão 18.0. Utilizados os testes t Student independente e Quiquadrado.
Resultados: Foram selecionados 18 pacientes com idade mediana de 78 anos e 89% mulheres. O principal antecedente pessoal foi hipertensão e 63% dos participantes relatavam dor abdominal forte à admissão. 100% realizaram tomografia com contraste. 47% tiveram o tempo porta-centro-cirúrgico menor que 1 dia, com tempo cirúrgico menor que 1 hora em 44% dos casos. 31% permaneceram na enfermaria por mais de 7 dias e 40% permaneceram na UTI de 1 a 3 dias. 67% dos pacientes vieram a óbito. Não houveram diferenças significantes entre pacientes graves e extremamente graves.
Discussão: Em idosos, destaca-se o abdome agudo vascular, condição rara com alta mortalidade que tende a ser mais incidente e que pode mimetizar abdomes agudos: obstrutivo, inflamatório e/ou perfurativo.
Conclusão: O AAV é um desafio diagnóstico e terapêutico com provável futura incidência aumentada. Cabe, então, aos cirurgiões obter conhecimento necessário para diagnosticá-la e tratá-la a fim diminuir sua morbimortalidade.

Descritores: Abdome agudo; abdome agudo vascular; isquemia intestinal; isquemia mesentérica; trombose mesenterica; embolia mesentérica.

ABSTRACT

Introduction: According to IBGE, in 2010, 10.8% of the population was elderly and this number will increase in the future – which brings challenges for Brazilian health. Statistically, the elderly are often submitted to surgeries, among them, for acute abdomen.
Objective: To evaluate the epidemiological, clinical and prognostic profile of patients at a hospital with Acute Vascular Abdomen, classified as Acute Mesenteric Ischemia, who underwent surgery.
Methods: The medical records of patients with Acute Mesenteric Ischemia who underwent surgery at Hospital Sancta Maggiore, from January to November 2017, were reviewed. For data analysis, the SPSS version 18.0 program was used. Independent Student t and chi-square tests were used.
Results: Eighteen patients with a median age of 78 years and 89% women were selected. The main personal antecedent was hypertension and 63% of the participants reported severe abdominal pain on admission. 100% performed tomography with contrast. 47% had the door-to-surgical time of less than 1 day, with surgical time of less than 1 hour in 44% of cases. 31% remained in the ward for more than 7 days and 40% remained in the ICU for 1 to 3 days. 67% of patients died. There were no significant differences between severely and extremely critically ill patients.
Discussion: In the elderly, there is the acute vascular abdomen, a rare condition with high mortality that tends to be more incident and that can mimic acute abdomen: obstructive, inflammatory and/or perforating.
Conclusion: AVA is a diagnostic and therapeutic challenge with a likely increased incidence in the future. It is then up to surgeons to obtain the necessary knowledge to diagnose and treat it in order to reduce its morbidity and mortality.

Descritores: Acute Abdomen; Vascular Acute Abdomen; Intestinal Ischemia; Mesenteric Ischemia; Mesenteric Thrombosis; Mesenteric embolism.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

SUS – Sistema Único de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

EUA – Estatos Unidos da América

IMA – Isquemia Mesentérica Aguda

AngioTC – Angiotomografia

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

IIQ – Intervalo Interquartis

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AAV – Abdome Agudo Vascular

LE – Laparotomia Exploradora

VLP – Videolaparoscopia

BIC – Bicarbonato

EB – Excesso de Base

DHL – Desidrogenase Lática

PCR – Proteína C Reativa

UNISA – Universidade de Santo Amaro

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Participantes do estudo, segundo sexo

Figura 2: Participantes do estudo, segundo estado civil

Figura 3. Dor referida pelos participantes, no momento da admissão

Figura 4. Porcentagem (%) de pacientes que apresentaram desvio à esquerda

Figura 5. Tempo de internação: na enfermaria (A), na porta-centro cirúrgico (B) e na UTI (C)

Figura 6. Tempo de cirurgia (A), dias após a alta (B) e tipo de alta (C)

Figura 7. Gasometria: bicarbonato (A), pH (B) e *Basic Excess* (C)

Figura 8. Concentrações de lactato

Figura 9. Número de leucócitos

Figura 10. Proteína C-reativa (PCR)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características gerais dos participantes do estudo

Tabela 2. Queixas associadas, n (%)

Tabela 3. Antecedentes pessoais, n (%)

Tabela 4. Comparações entre pacientes extremamente grave e graves

Tabela 5. Comparações entre porta centro cirúrgico

Tabela 6. Técnica cirúrgica utilizada, n

Tabela 7. Exame abdominal, n

Tabela 8. Intercorrências cirúrgicas, n

Tabela 9. Achados topográficos, n

Sumário

1. INTRODUÇÃO 12

1.1 ABDOME AGUDO 12

1.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL 16

1.3 SAÚDE SUPLEMENTAR 16

2. OBJETIVOS 16

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO 16

2.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO 16

3. MÉTODOS 16

3.1 TIPO DE ESTUDO E POPULAÇÃO 16

3.2 VARIÁVEIS ESTUDADAS 16

3.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO 16

3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO 16

3.5 ANÁLISE DOS DADOS 16

4. RESULTADOS 16

5. DISCUSSÃO 28

6. CONCLUSÃO 33

REFERÊNCIAS 34

ANEXO A. APROVAÇÃO CEP 37

ANEXO B. SUBMISSÃO DO ARTIGO 39

1. INTRODUÇÃO

1.1 Abdome Agudo

Atualmente, a quantidade de idosos submetidos a diversos procedimentos cirúrgicos é expressiva, sendo essas cirurgias: abdominais, ortopédicas, vasculares e plásticas, além de cirurgias no aparelho digestivo, principalmente colecistectomias videolaparoscópicas[16,17]. Entretanto, intervenções agressivas em casos de doenças malignas não costumam ser frequentes. Autores apontam ainda que há relutância em recomendá-las por conta da maior morbimortalidade de idosos[17].

Neste sentido, muitos autores estudaram e elaboraram trabalhos que vislumbraram abordar não apenas a desenvoltura técnica, como também o comportamento dos profissionais de saúde em relação aos pacientes idosos submetidos a cirurgias, analisando também a percepção deste perfil de paciente no que se refere ao tratamento empregado a eles durante a internação hospitalar. Vale salientar que a assistência a esta parcela da população difere dos demais grupos etários. Mudanças decorrentes do envelhecimento e doenças associadas a essa fase da vida podem comprometer o equilíbrio funcional e aumentar a vulnerabilidade do paciente e as chances de complicações pós-operatórias[18].

O termo abdome agudo é usado amplamente e desta forma compreende inúmeras situações clínicas. A definição de muitos autores para abdome agudo é: uma dor na região abdominal, não traumática, de aparecimento súbito e de intensidade variável associada ou não a outros sintomas. Normalmente com duração de horas ou até quatro dias, não ultrapassando sete dias. Na maioria dos casos, necessita de intervenção médica imediata, cirúrgica ou não[19-22].

A abordagem de um paciente com abdome agudo deve incluir uma história completa e exame físico. A localização da dor é essencial, pois pode sinalizar um processo localizado. No entanto, pacientes com pneumoperitônio podem apresentar dor abdominal difusa e sinais de peritonite localizada. A ausculta pode revelar sons intestinais ausentes e a palpação pode revelar

sensibilidade e proteção rebote, defesas voluntárias ou involuntárias que podem ser sugestivas de peritonite. As causas de um abdome agudo incluem apendicite, úlcera péptica perfurada, pancreatite aguda, divertículo sigmóide rompido, torção ovariana, vólvulo, aneurisma da aorta rompido, baço ou fígado lacerado e intestino isquêmico[23-25].

O abdome agudo é didaticamente classificado como hemorrágico, inflamatório, obstrutivo, vascular e perfurativo, conforme sua etiologia inicial[8-10]. É de extrema valia relatar que caso a dor abdominal aguda seja secundária a um trauma, não cabe a esta ser classificada como abdome agudo, mas sim como trauma abdominal[1].

O abdome agudo possui diversas causas, podendo até não se restringir ao abdome. Existe uma extensa lista de etiologias para o abdome agudo, sejam elas intra-abdominais, extra-abdominais ou até sistêmicas, que tornam seu diagnóstico um grande desafio para médicos que trabalham no ambiente de urgência e emergência e cirurgiões[10]. Além disso, deve-se ressaltar que esse diagnóstico deve ser feito de forma rápida e eficiente, pois, a depender da principal suspeita para este abdome agudo, a conduta pode ser cirúrgica e emergencial[21,26].

No ano de 2002 nos EUA, cerca de 7 milhões de pacientes procuraram serviços de emergência com quadro de dor abdominal, 7,5% do total de atendimentos, e cerca de 50% destes necessitaram de intervenções médicas[2,19,22].

Dentre os quadros de abdome agudo pode-se destacar entre a população de idosos o abdome agudo vascular, que é uma condição considerada rara, porém com alto índice de mortalidade devido à isquemia mesentérica[3,4]. A isquemia mesentérica pode ter consequências clínicas graves, levando à necrose intestinal com repercussão sistêmica intensa, acompanhada de sepse, choque, ocorrendo o óbito ou evoluindo com síndrome do intestino curto. Portanto, o diagnóstico deve ser rápido, e o tratamento da doença, realizado em caráter de urgência[5].

A isquemia mesentérica resulta do desequilíbrio entre perfusão vascular mesentérica e a demanda metabólica, e ocorre quando o aporte de oxigênio e nutrientes necessários ao metabolismo celular é insuficiente, condicionando uma lesão tecidual isquêmica.

As isquemias mesentéricas podem ser crônicas ou agudas, estas sendo então causas do chamado abdome agudo vascular[6].

As causas de isquemia mesentérica aguda (IMA) mais comuns são embolia da artéria mesentérica superior ou inferior (50% dos casos), trombose da artéria mesentérica superior ou inferior (20%), trombose venosa mesentérica (5%) e isquemia não obstrutiva (25%). A mortalidade nesses casos atinge 60%[7].

São fatores de risco para a IMA: idade, arritmias cardíacas, neoplasias malignas, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, doença cardíaca valvar, aterosclerose e outras situações de hipofluxo sanguíneo. Nos últimos anos, a incidência da IMA vem aumentando em virtude da maior faixa etária da população em geral e do maior número de doenças cardíacas sob controle clínico, além de procedimentos cirúrgicos cada vez mais sofisticados e frequentes nos pacientes mais idosos[9].

Atualmente, estima-se que a IMA seja responsável por, aproximadamente, 1% dos casos de abdome agudo e 0,1% dos internamentos hospitalares[9]. As taxas de incidência aumentam exponencialmente com a idade e a maioria dos indivíduos diagnosticados com IMA tem mais de 60 anos, refletindo o acometimento preferencial da população idosa[10]. Atingindo preferencialmente mulheres, numa razão de 3:1, entretanto, quando ajustada para a idade não é sexo específica, afetando homens e mulheres na mesma proporção[11,12].

Diversos trabalhos de revisões da literatura recentes expuseram que apenas 1/3 dos doentes eram corretamente diagnosticados com IMA antes da laparotomia exploradora ou do óbito. Estes dados nos mostram a relativa inespecificidade sintomatológica desta doença, que é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas semelhantes a outras patologias abdominais

mais comuns. O exame físico pode ser inócuo, não revelando sinais de irritação peritoneal na ausência de envolvimento transmural do intestino, criando uma desproporção clínico-propedêutica que por vezes dificulta ainda mais o diagnóstico. Pode ocorrer a redução dos ruídos hidroaéreos devido à progressão da isquemia como consequência do peristaltismo reduzido, bem como dor e defesa à palpação abdominal secundárias à peritonite[13].

A IMA possui uma manifestação por meio de dor abdominal de grande intensidade, diversas vezes descrita como desproporcional aos achados do exame físico, seguida por alteração aguda e inesperada de trânsito intestinal. Podendo acompanhar-se de distensão abdominal, náuseas, vómitos e diarreia[40]. Segundo estudos prospetivos recentes, os vômitos e diarreia estão presentes em 71% e 42% dos doentes com IMA, respetivamente[14].

A isquemia mesentérica aguda engloba entidades que produzem um desequilíbrio entre o aporte de oxigenio e nutrientes para o intestino e sua demanda fisiológica. Diante de quedas críticas no suprimento, os múltiplos mecanismos autoregulatórios do fluxo esplâncnico são superados, levando a um estado de isquemia parietal intestinal, que induz danos locais à microcirculação com a ativação de células leucócitos-endoteliais que perpetuam o processo por meio da liberação de citocinas e radicais livres[27]. Essa é a base do dano de reperfusão e é responsável por perpetuá-lo naqueles segmentos do intestino que, após um período de isquemia transitória, recebem novamente o fluxo sanguíneo[16].

Neste sentido, a IMA deve ser considerada uma doença sistêmica, uma vez que, numa fase mais avançada do dano parietal intestinal, a barreira mucosa perde sua capacidade isolante, permitindo translocação bacteriana livre, mesmo na ausência de necrose transmural do intestino. Em conjunto com a cascata inflamatória local, o estado séptico induz uma resposta inflamatória sistêmica que se perpetua frequentemente, levando à falência de múltiplos órgãos e à coagulação intravascular disseminada, sendo a causa mais frequente de mortalidade precoce e tardia nesses pacientes[17,28].

O diagnóstico de IMA está dependente da elevada suspeita clínica, sustentada por manifestações sintomáticas típicas em doentes com fatores de risco para tromboembolia arterial ou trombose venosa[29,30].

A melhor técnica atualmente disponível para confirmação diagnóstica é a AngioTC, que está associada à elevada sensibilidade e especificidade, 93,3% e 95,9%, respetivamente, e fornece extensa informação sobre a vascularização mesentérica, sendo, por isso, recomendada como primeira linha para detectar oclusão arterial mesentérica e/ou trombose venosa mesentérica. Na AngioTC é possível visualizar o segmento vascular afetado e diferenciar entre etiologia embólica ou trombótica. É um exame sensível e específico que permite a exclusão de outros diagnósticos diferenciais de dor abdominal aguda, com elevado grau de certeza[31]. A realização de laparoscopia exploradora, como método inicial de diagnóstico, não é recomendada[32].

O tratamento da IMA tem sido alvo de diversos estudos que visam clarificar qual a abordagem mais adequada. Atualmente tem sido defendido o mote “Revascularização primeiro, resseção depois”. Ainda assim, existe quem advogue que a resseção precoce dos tecidos não viáveis se associe a taxas de sucesso superiores[32,33].

A abordagem terapêutica inicial do paciente com IMA deve incluir a reposição volêmica e o suporte hemodinâmico, correção da acidose metabólica e dos distúrbios hidroeletrolíticos, preferencialmente em unidades de terapia intensiva. O tratamento específico da isquemia mesentérica pode variar com a etiologia da isquemia[7].

No acompanhamento em longo prazo desses pacientes, deve ser utilizado um antiagregante plaquetário para reduzir o risco de isquemia mesentérica recorrente. Deste modo, a prevenção de novos eventos embólicos pode ser realizada com o uso de warfarina[34].

No contexto do abdome agudo, a senilidade é fator de risco para aumento na incidência em praticamente todas as etiologias, em especial para os casos relacionados as doenças vasculares, em especial nos pacientes

cardiopatas, com distúrbio de ritmo cardíaco, dislipidêmicos e com vasculopatias, sobretudo arteriais.[14,15]

1.2 Envelhecimento populacional

A temática acerca do envelhecimento populacional vem sendo amplamente abordada e discutida em âmbito científico nacional e internacional, tendo em vista os efeitos somados da redução dos níveis de fecundidade e mortalidade, desta forma transformando o padrão etário populacional. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, o contingente com 60 anos ou mais é de 20.590.599 idosos, representando 10,8% da população geral. Segundo estudos em 2050, a população idosa brasileira ultrapassará os 22,7%, crescimento que colocará o Brasil como a sexta população mais numerosa de idosos no mundo[6,7].

Cabe salientar que o Brasil, diferente dos países desenvolvidos, que primeiro enriqueceram, para depois envelhecerem, envelhece em meio a grandes níveis de pobreza e desigualdade social[8]. Desta forma, por meio da chamada revolução da longevidade, construiu-se um novo perfil epidemiológico de atenção à saúde, em que enfermidades infecto-parasitárias coexistem com a elevação da prevalência de doenças crônico-degenerativas[9].

O aumento do número de idosos na população brasileira trouxe diversos desafios à sociedade, sejam eles econômicos, previdenciários, de infraestrutura e de serviços. Outro desafio grande se dá ao setor de saúde que apresenta uma estrutura e organização para atendimento de população jovem, porém que ao mesmo tempo precisa se readequar, principalmente devido ao crescimento do número de doenças crônicas não transmissíveis, incidentes no envelhecimento[10,11]. Este cenário não é exclusividade brasileira, mas de muitos países, trazendo diversas preocupações ante os agravos que o envelhecimento pode ocasionar, em decorrência da ausência de sustentabilidade dos sistemas de saúde[12].

Vale salientar então que a chamada “senescência” se refere ao processo natural e biológico de envelhecimento inerente ao organismo. Esse processo tem como principais determinantes a hereditariedade e o estilo de vida, desta forma sendo involutivo e sob influência do ambiente físico e social. Assim, embora o Estatuto do Idoso defina marco cronológico e a idade seja fator de risco para diversas doenças, como as cardiovasculares, este marco não é por si só determinante. Deve-se compreender que na velhice, como em outras faixas etárias, há pessoas sãs e pessoas doentes, e que muitas das doenças consideradas características dessa fase já existiam anteriormente e manifestavam-se com menor intensidade[13].

São muitas as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, entre elas: a redução do turgor e elasticidade da pele e diminuição de 20% a 30% da água corporal total, com maior risco de desidratação aguda e mudanças na distribuição de drogas hidrossolúveis. Por outro lado, há aumento de 20% a 30% na gordura corporal total, principalmente de deposição abdominal e visceral, e prolongamento da meia-vida de drogas lipossolúveis. Observam-se também alterações degenerativas que reduzem a mobilidade: perda de massa muscular e óssea, diminuição de estatura em cerca de 1 cm por década a partir dos 40 anos, diminuição do arco do pé, hipercifose – contribuindo para dificuldade de posicionamento do paciente na maca –, achatamento dos discos intervertebrais e dores em tendões e tratos nervosos tendíneo-radiculares[14,15].

1.3 Saúde Suplementar

O sistema de saúde brasileiro é baseado na Constituição Federal de 1988, que coloca a saúde como um direito de todos os cidadãos brasileiros, desta forma fica sob responsabilidade do estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e também de prestação de assistência médica e hospitalar por meio de políticas públicas. Desta forma, esse sistema de saúde pode ser dividido em saúde pública e privada[1].

Neste sentido, um tema de bastante relevância seria a articulação entre os sistemas de saúde, sejam eles públicos e/ou privados no Brasil. Dentro desta temática, diversos autores têm estudado e elaborado contribuições

relevantes por meio de um variado referencial teórico[2,3]. Vale lembrar que dentro do sistema de saúde particular tem-se destacado o papel dos planos e seguros de saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)[4].

O Sistema Único de Saúde (SUS) é no Brasil o representante do sistema de saúde público, sendo este universal por meio de financiamento público com participação de todas as esferas da federação. O SUS possui uma gestão pública única, porém com uma articulação e integração entre os diferentes níveis de saúde, sejam eles primários, secundários e/ou terciários; possuindo serviços de rede própria entre municípios, estados e União de serviços públicos e também de outras áreas de governo, além de serviços privados contratados ou conveniados[1].

Por outro lado, o sistema de saúde privado brasileiro é por sua vez subdividido na chamada saúde suplementar e/ou particulares. Os atendimentos e serviços pelos planos e seguros de saúde, que são mais prevalentes, dá-se o nome de saúde suplementar[1].

A saúde suplementar possui financiamento privado, porém recebe subsídios públicos, sendo regulamentada pela ANS. Desta forma, surge então as chamadas redes credenciadas, que nada mais são do que os prestadores privados que são credenciados pelos planos e seguros de saúde ou serviços próprios destes para servirem à assistência à saúde de seus segurados. Estes serviços também podem ser conveniados ou contratados pelo sistema público de saúde[1,3].

Em suma, no Brasil a atenção à saúde é exercida pelo SUS que em tese deveria garantir a saúde de todos de forma universal, igualitária e equânime, entretanto a saúde pública não consegue realizar esta atenção de forma integral. Desta forma, torna-se um atrativo para os planos de saúde privados aumentarem sua atuação no mercado[5.]

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes admitidos em hospital de rede de saúde suplementar com diagnostico sindrômico de Abdome Agudo Vascular, que tenham diagnóstico final de Isquemia Mesentérica Aguda submetidos a procedimento cirúrgico.

2.2 Objetivo secundário

- Avaliar a relação dos dados clínicos com o prognóstico de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo e População

Estudo retrospectivo, com base em coleta de dados em revisão de prontuários em unidade hospitalar de rede de saúde suplementar do município de São Paulo. Foram revisados dados clínicos dos prontuários de pacientes do Hospital Sancta Maggiore, local especializado em atendimento de população geriátrica, com diagnóstico sindrômico de Abdome Agudo Vascular, que se enquadravam como Isquemia Mesentérica Aguda e, posteriormente, submetidos a tratamento cirúrgico. O período analisado foi de 1º. de janeiro de 2017 a 30 de novembro de 2017.

3.2 Variáveis estudadas

Foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, profilaxias cirúrgicas, idade, estado civil, escala de dor à admissão, tempo porta-centro cirúrgico, técnica cirúrgica utilizada, queixas associadas, antecedentes pessoais, medicações em uso, exame abdominal, leucócitos, desvio à esquerda, Proteína C-reativa, lactato, desidrogenase lática, pH Gasometria, tempo cirurgia, intercorrências cirúrgicas, achados tomográficos, tempo de internação na enfermaria, tempo de internação na UTI, tipo de alta, comparecimento à consulta de retorno, data após alta, comparecimento ao pronto-socorro nos últimos 7 dias antes do ato cirúrgico, queixas apresentadas, medicações em uso pelo ato cirúrgico, intercorrências entre o ato cirúrgico e o retorno.

3.3 Critério de Inclusão

Os pacientes devem ter sido submetidos à cirurgia, laparoscópica ou aberta, para tratamento de Isquemia Mesentérica Aguda no Hospital Sancta Maggiore, durante o período de 1º. de janeiro de 2017 a 30 de novembro de 2017.

3.4 Critério de Exclusão

Os prontuários que apresentaram preenchimento inadequado ou incompleto, sem o apontamento integral das informações e dados necessários à pesquisa foram excluídos da pesquisa e, consequentemente, das análises posteriores. Também foram excluídos pacientes que não foram submetidos ao tratamento cirúrgico e outros diagnósticos de abdome agudo vascular que não se configuram como isquemia mesentérica.

3.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS versão 18.0 Foram utilizadas mediana, intervalo interquartis (IIQ) e frequência (representada em porcentagem %). Foram comparados pacientes extremamente graves (que entraram em *Open Close*) e pacientes graves, pelos testes t Student independente e pelo teste do Quiquadrado. Foi considerado significante $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

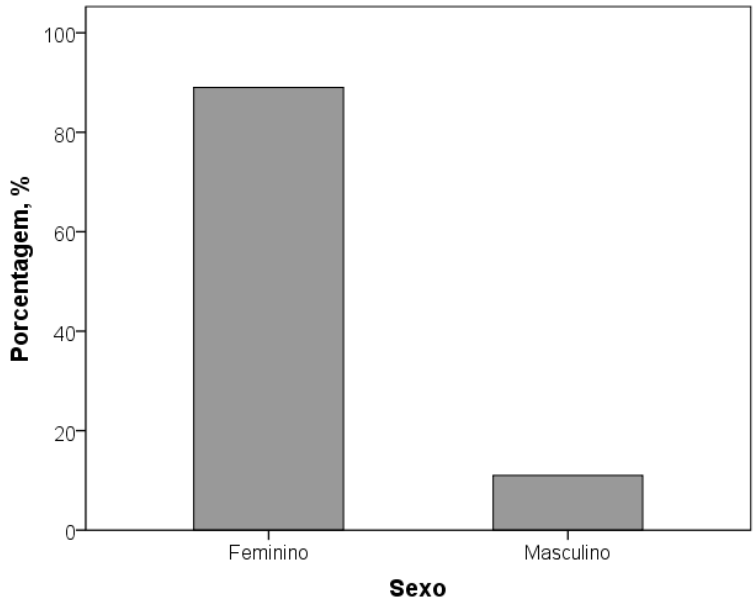
Foram avaliados 473 prontuários e chegou-se ao n de 18 pacientes com diagnóstico de Abdome Agudo Vascular. Na Tabela 1 estão representadas as características gerais dos participantes do estudo.

Tabela 1. Características gerais dos participantes do estudo

Idade, mediana (IIQ), anos	78 (71-86)
Antibioticoterapia terapêutica, n (%)	18 (100)
Profilaxias cirúrgicas, n (%)	18 (100)
Laparotomia exploradora, n (%)	18 (100)
Tomografia com contraste, n (%)	18 (100)

IIQ: intervalo interquartis

Figura 1. Participantes do estudo, segundo sexo



Participaram do estudo 89% de mulheres e 11% de homens (Figura 1), sendo 39% casados, 44% viúvos e 17% solteiros (Figura 2).

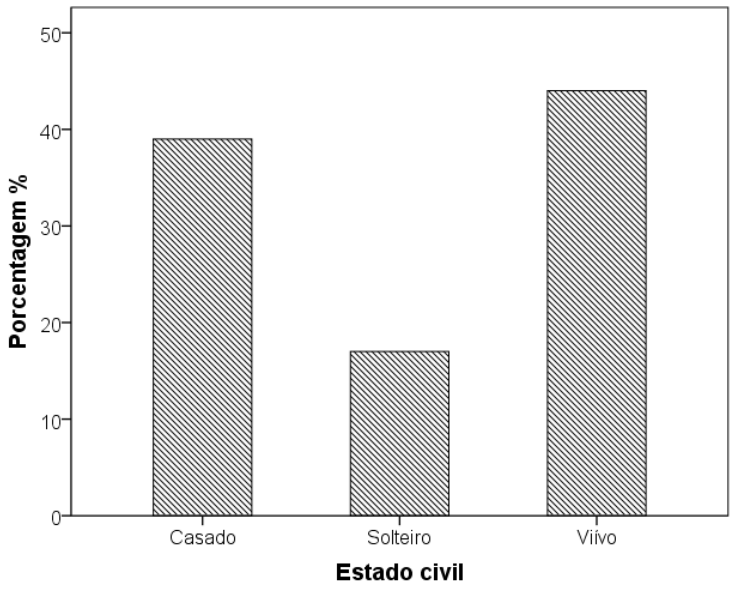


Figura 2. Participantes do estudo, segundo estado civil

Na Tabela 2 estão representadas as principais queixas associadas ao Abdome Agudo Vascular, sendo dor abdominal a queixa mais frequente (presente em 89% dos indivíduos).

Tabela 2. Queixas associadas, n (%)

Dor abdominal	16 (89)
Epigastralgia	3 (17)
Náuseas e vômitos	12 (67)
Mal-estar e prostração	10 (56)
Inapetência	6 (33)
Sangramento digestivo	2 (11)
Alterações intestinais	9 (50)

Na Tabela 3 estão representados os principais antecedentes pessoais; hipertensão foi o mais frequente (78% dos participantes).

Tabela 3. Antecedentes pessoais, n (%)

Tabagismo	2 (11)
Diabetes	7 (39)
Hipertensão	14 (78)
Dislipidemias	8 (44)
Cardiopatias	6 (33)
AVC	1 (5)

AVC: Acidente Vascular Cerebral

Com relação à escala de dor à admissão, 63% relataram dor forte e 37% dor moderada, conforme mostrado na Figura 3.

Figura 3. Dor referida pelos participantes, no momento da admissão, utilizada escala numérica da Dor: 0 – sem dor, 1 a 4 dor leve, 5 a 7 dor moderada e 8 a 10 dor forte

Na Figura 4 estão representadas as porcentagens de pacientes que apresentaram desvio à esquerda (44%), um indicativo da intensidade do processo inflamatório neste cenário.

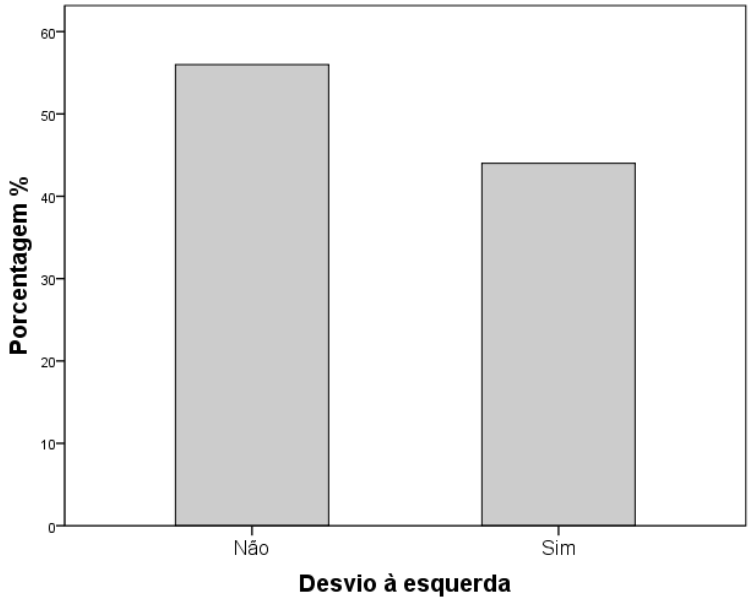


Figura 4. Porcentagem (%) de pacientes que apresentaram desvio à esquerda

Com relação ao tempo de internação dos participantes do estudo na enfermaria (Figura 5A), 37% não ficaram internados (portanto “não se aplica”), 19% permaneceram na enfermaria entre 1 a 3 dias, 13% de 3 a 7 dias e 31% mais que 7 dias. No que se referiu ao tempo porta-centro-cirúrgico (Figura 5B) 47% permaneceram menos que 1 dia, 18% ficaram 1 dia da porta ao centro-cirúrgico e 35% aguardaram 2 dias. Com relação ao tempo de internação na UTI (Figura 5C), 11% não precisaram ficar internados (portanto “não se aplica”), 33% permaneceram menos de 1 dia, 40% de 1 a 3 dias, 5% de 3 a 7 dias e 11% mais que 7 dias.

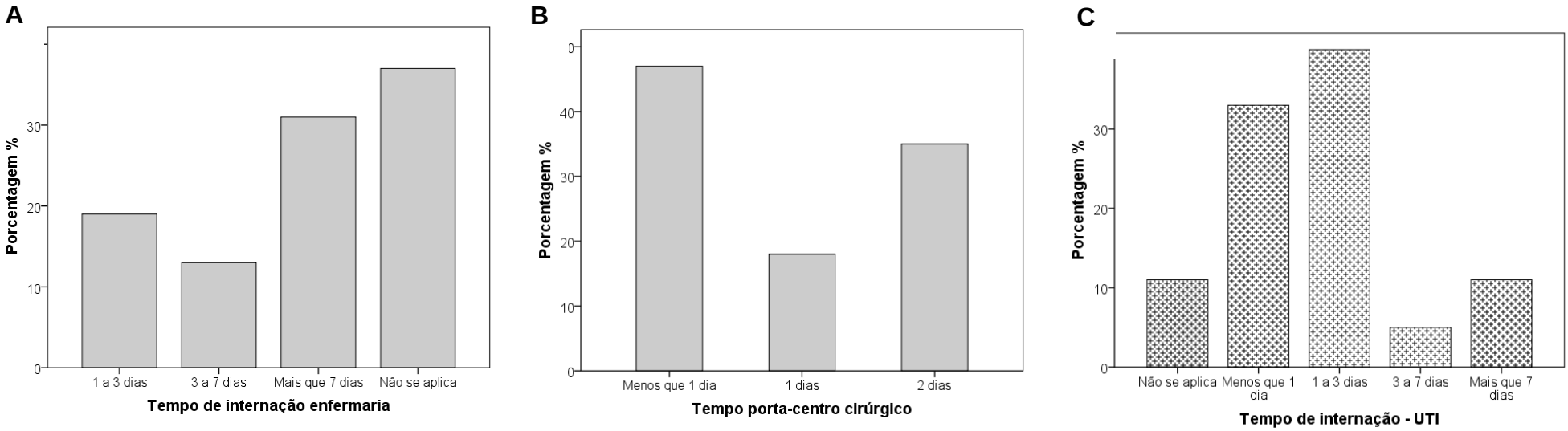


Figura 5. Tempo de internação: na enfermaria (A), na porta-centro cirúrgico (B) e na UTI (C)

O tempo de cirurgia bem como o número de dias após a alta e o tipo de alta estão representados na Figura 6. Menos de 1 hora de cirurgia correspondeu a 44%, o mesmo para a duração de 1 a 2 horas, e 12% das cirurgias duraram entre 2 a 3 horas (Figura 6A). O número de óbitos correspondeu a 67% dos participantes (Figuras 6B e 6C), 5% tiveram alta em até 6 dias e 28% de 8 a 14 dias (Figura 6B).

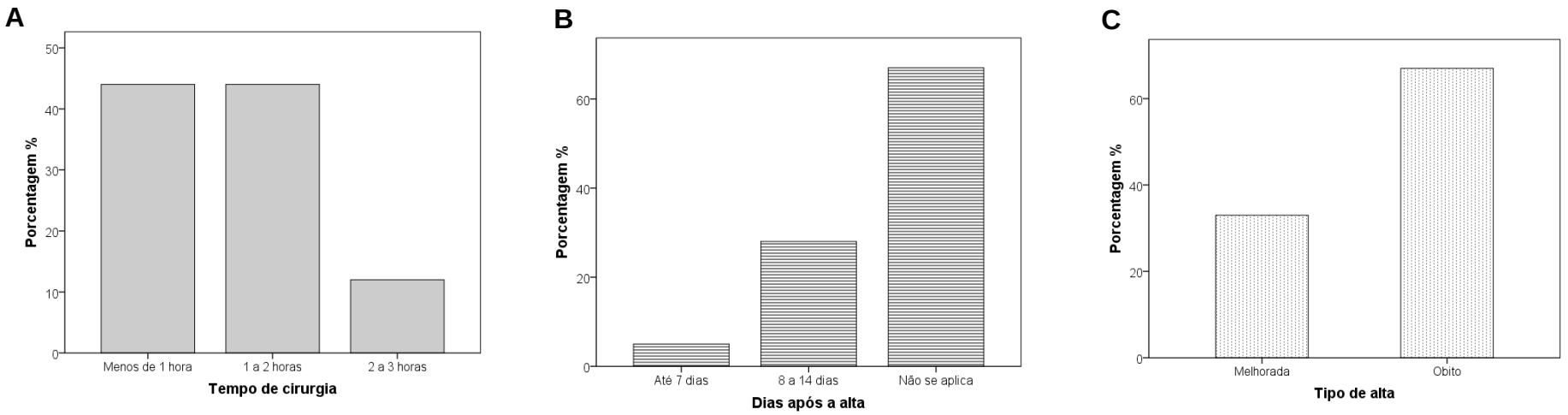


Figura 6. Tempo de cirurgia (A), dias após a alta (B) e tipo de alta (C)

As dosagens de Bicarbonato, pH e *Base Excess* estão representados na Figura 7. As concentrações de Bicarbonato ficaram entre 10 a 15 mmol/L para 27% dos participantes, o mesmo para as concentrações entre 15 a 20 mmol/L; 20 a 24 mmol/L foram encontradas em 20% dos indivíduos e 26% tiveram dosagens acima de 24 mmol/L (Figura 7A). Com relação ao pH, 40% tiveram valores inferiores a 7,35 (acidose), 40% estavam na faixa de normalidade (entre 7,35 e 7,45) e 20% estavam em alcalose (acima de 7,45) (Figura 7B). No que se refere ao *Base Excess,* 20% estavam abaixo de -10 mol/L, 40% entre -10 e -4 mol/L e outros 40% entre -4 e +4 mol/L (Figura 7C). **Valores de referência:** 20 a 24 mmol/L para bicarbonato e -4 a +4 para o *Base Excess.*

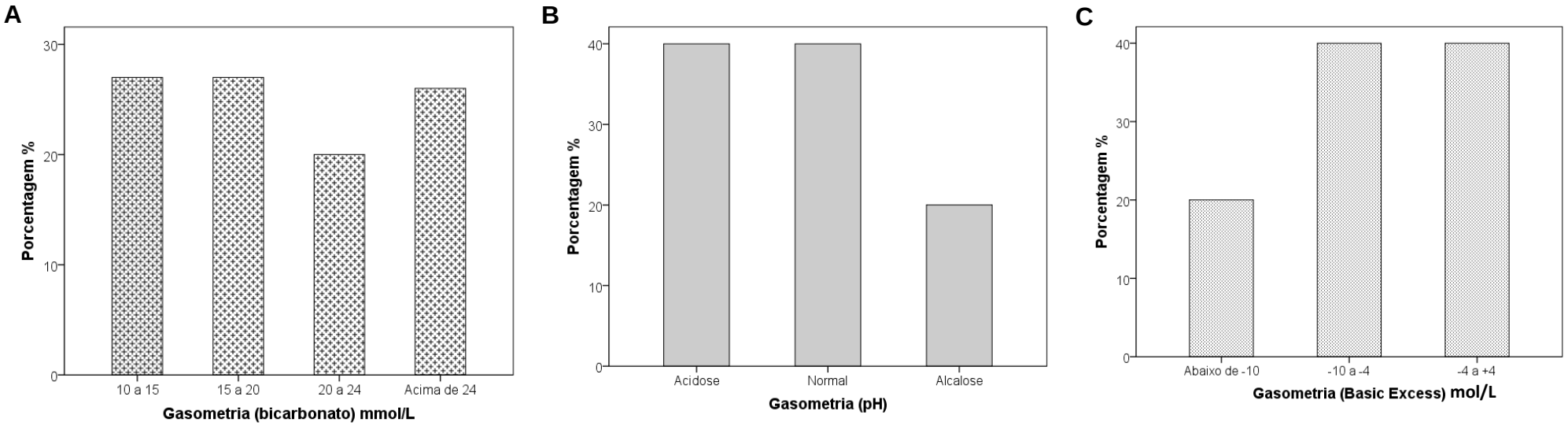


Figura 7. Gasometria: bicarbonato (A), pH (B) e *Base Excess* (C)

As concentrações de lactato também foram avaliadas nos participantes do estudo (Figura 8). Dosagens normais foram encontradas em 9% dos pacientes, 55% estavam entre 2 a 10 mmol/L e 36% tinham concentrações acima de 10 mmol/L. **Valor de referência:** 0.4 a 2,0mmol/L.

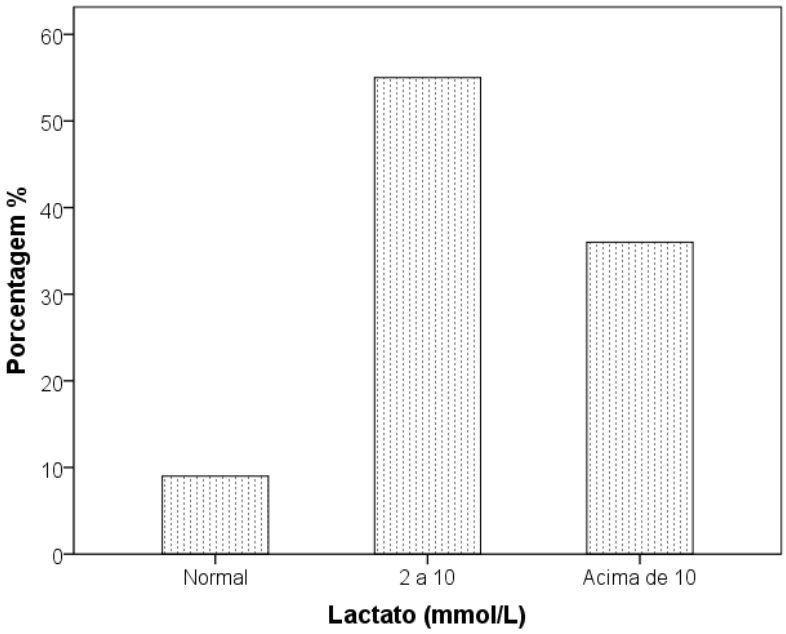


Figura 8. Concentrações de lactato

O número de leucócitos/mm^3 dentre os pacientes do estudo está representado na Figura 9. Abaixo de 3 mil leucócitos//mm^3 foram encontrados em 5% dos indivíduos, 17% tinham entre 3 a 10 mil//mm^3, a mesma porcentagem ficou na faixa entre 10 a 13 mil//mm^3, 22% entre 13 a 15 mil//mm^3 e 39% acima de 20 mil//mm^3. **Valor de referência:** 3.000 a 10.000 mm^3

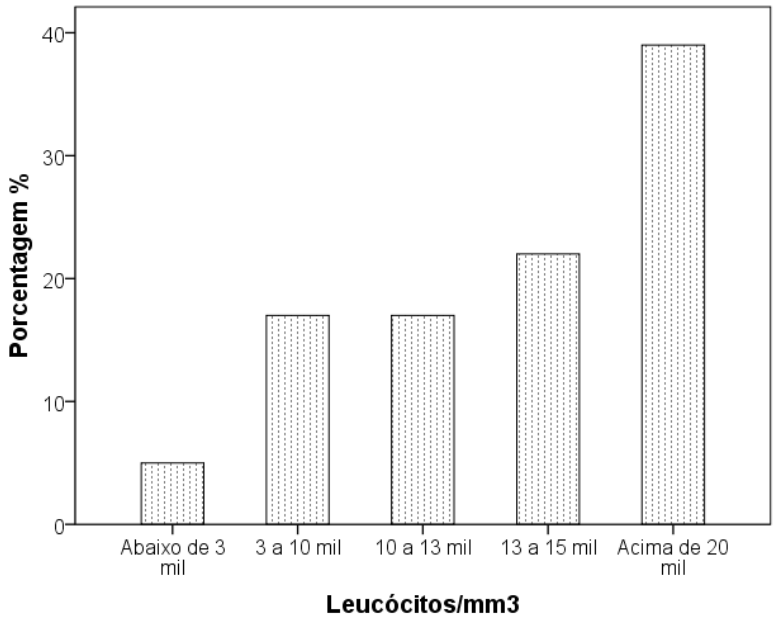


Figura 9. Número de leucócitos

Os níveis de Proteína C-Reativa (PCR) estão representados na Figura 10. Dosagens entre 2 a 50 mg/L foram encontradas em 17% dos participantes, 50 a 100 mg/L em 28%, 100 a 200 mg/L em 17%, 200 a 300 mg/L em 5%, 300 a 400 mg/L em 17%, 400 a 500 mg/L em 11% e acima de 500 mg/L em 5%. **Valor de referência:** 0 a 2,0 mg/L.

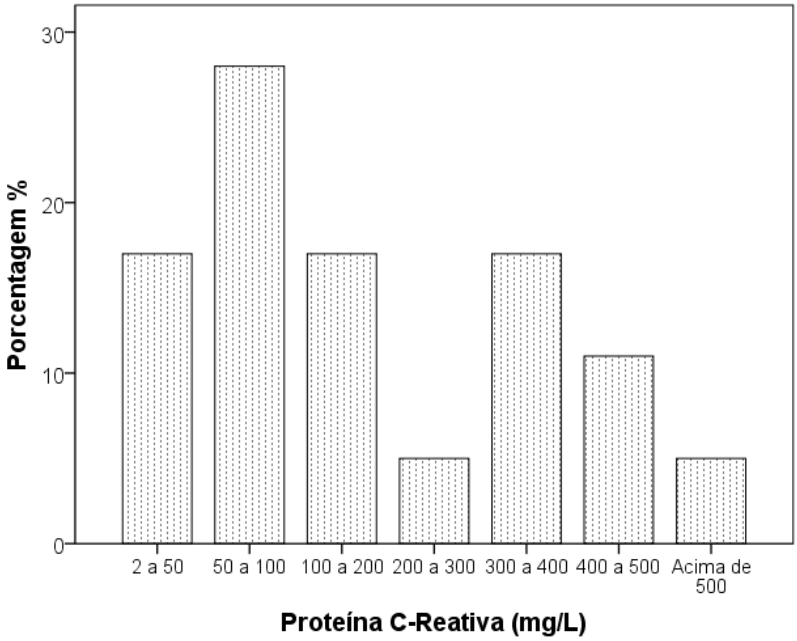


Figura 10. Proteína C-reativa (PCR)

A Tabela 4 representa comparações entre pacientes extremamente graves (que entraram em *Open Close*) e pacientes graves. Não foram encontradas diferenças significantes para as variáveis avaliadas.

Tabela 4. Comparações entre pacientes extremamente Grave (*Open Close*) e graves

Variável	**p**
Idade	0,69[#]
Leucócitos	0,73*
Proteína C-Reativa	0,66*
Lactato	0,15*
Gasometria (bicarbonato)	0,76*
Gasometria (pH)	0,46*
Gasometria *Basic Excess*	0,76*
Tempo para cirurgia	0,11*

[#]Teste t Student independente; *Teste do Quiquadrado

A Tabela 5 representa as comparações feitas entre tempo porta centro cirúrgico com open close e com óbito. Não houve associações significantes.

Tabela 5. Comparações entre porta centro cirúrgico

Variável	p
Open Close	0,116
Óbito	0,087

Teste do Quiquadrado

Nas Tabelas 6-9 estão representadas as técnicas cirúrgicas utilizadas, achados do exame físico abdominal, intercorrências cirúrgicas e achados da Tomografia Computadorizada, respectivamente.

Tabela 6. Técnica cirúrgica utilizada, n

Laparotomia exploradora	17
Videolaparoscopia diagnóstica	1
Colectomia total	2
Enterectomia	6
Colectomia parcial	6
Ileostomia	3
Colostomia	2

Tabela 7. Exame abdominal, n

Instabilidade hemodinâmica	7
Estabilidade hemodinâmica	4
Descompressão brusca positiva	3
Descompressão brusca negativa	8
Distensão	5
Abdome flácido	4
Dor à palpação superficial	8

Tabela 8. Intercorrências cirúrgicas, n

Estomias	5
Instabilidade hemodinâmica	7
Open close	7
Óbito intraoperatório	1
Intestino curto	3

Tabela 9. Achados topográficos, n

Oclusão da artéria mesentérica superior	5
Oclusão da artéria mesentérica inferior	1
Líquido livre	12
Pneumoperitônio	4
Sinais oclusivos / suboclusivos	9
Pneumatose intestinal / sofrimento de alça	5

5. DISCUSSÃO

O abdome agudo vascular (AAV) configura-se como um verdadeiro desafio diagnóstico, considerando-se que até o presente momento, não há nenhum marcador específico que possa ser utilizado como primícias para o diagnóstico, de modo mais ágil e voltado exclusivamente para a síndrome[1,5,6]. O diagnóstico se mantém em um frágil pilar que envolve: aspectos clínicos, que, não raramente são frustros ou até mesmo ausentes dependendo das comorbidades, eventuais sequelas e fragilidades que esses pacientes já apresentam; alguns critérios laboratoriais que são promissores e úteis, mas que podem conduzir a outros diagnósticos, ficando, assim, a cargo da AngioTomografia (AngioTc) de abdome, o papel, mais preciso para o diagnóstico[6]. Sobre esses protocolos radiológicos, é adequado salientar, que são poucos os serviços que os tem, e mais incomum ainda a sua disponibilidade em serviços de urgência e emergência com disponibilidade contínua, mesmo na saúde suplementar. Quando da disponibilidade do tomógrafo, sem o protocolo de AngioTc, a realização da tomografia de abdome com contraste endovenoso pode auxiliar, porém com taxas de sensibilidade e especificidade menores, que podem dificultar ou atrasar ainda mais a elucidação diagnóstica[5,12]. A criticidade e complexidade clínica muitas vezes observadas nesses pacientes também corrobora para maior tempo na obtenção do diagnóstico e consequentemente na conduta assumida.

O AAV parece ter uma característica peculiar de mimetizar aspectos mais comumente relacionados a outros abdome agudo ou mesmo às outras síndromes da cirurgia geral. Pode-se identificar a presença de sinais obstrutivos ou semi-oclusivos tanto no quadro clínico, quanto radiológico; a presença de dor difusa, generalizada e de forte intensidade com marcadores inflamatórios, podem, facilmente, serem associados a quadro inflamatório ou perfurativo; o choque hemodinâmico, o comprometimento do sensório, podem lembrar os quadros de hemoperitônio. Sinais de sangramento digestivo podem acompanhar o quadro clínico, mais uma vez, direcionando o diagnóstico para outras vertentes[3,11]. A dor abdominal, que se encontra em 89% dos analisados,

sendo que alguns não eram contactuantes, é marcante, quantificada como forte por 63%, e desproporcional, comparando-se a queixa com o achado do exame físico abdominal, e deve ser demasiadamente respeitada, elevando o grau de suspeição dessa hipótese quando um paciente idoso, ou extremo idoso com comorbidades e poli farmácia, procurar um pronto atendimento, principalmente se associado a alterações dos sinais vitais. A presença de náuseas, vômitos, alterações intestinais como diarreia, mal estar e prostração, apesar de inespecíficas, fazem parte do espectro clínico do quadro e no presente estudo encontram consonância com a literatura vigente[4,11,12].

Considerando-se as características gerais dos pacientes analisados, a idade média de 78 anos, reforça o acometimento da população geriátrica e sinaliza-nos que essa entidade diagnóstica, rara em alguns serviços, tende a aumentar com o envelhecimento populacional que a maioria das comunidades mundiais vêm experimentando. Importante ressaltar que todos os pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico, que inclusive foi critério para inclusão na avaliação, sendo 17 por laparotomia exploradora (LE) e 01 fora submetido a videolaparoscopia (VLP). A VLP tem aplicação no tratamento do AAV, e também tem papel como método diagnóstico, desde que seja respeitada a estabilidade hemodinâmica. Todos os pacientes foram submetidos a AngioTc.

Do ponto de vista epidemiológico, a literatura aponto similaridade entre os sexos[7,11], não observadas no estudo, possivelmente relacionada ao perfil de pacientes da operadora à época. Chama à atenção, um alto índice de viuvez, mais uma vez relacionado à senilidade típica da doença. Hipertensão arterial sistêmica com 78%, dislipidemias com 44%, diabetes com 39% e cardiopatia com 33% são comemorativos esperados na doença bem como a poli farmácia.

Laboratorialmente, a leucocitose é exuberante, demostrada pela quase totalidade dos pacientes, e com importante desvio a esquerda atingindo pouco menos da metade dos casos estudados, mostrando que o processo inflamatório é intenso e que provavelmente tenha acentuado a repercussão na hemodinâmica do paciente. Também vai ao encontro desse cenário inflamatório, as elevadas alterações na proteína C reativa identificadas. A

acidose, presente em 40%, é clássica e deve ser bem avaliada com a gasometria arterial e seus desdobramentos. O consumo de bicarbonato (BIC) e do excesso de bases (EB) pode ser um indicativo a mais no auxílio diagnóstico ao atingir um determinado índice numérico, mas que carece de respaldo científico para sua utilização de modo mais específico para AAV. As referências seguidas para essa tese não versam sobre o tema e parece não haver dados precisos na literatura sobre esse aspecto, o qual, pode ser um caminho promissor para melhor acurácia no diagnóstico[13]. Em mais de 40% dos pacientes o consumo de BIC e EB foi extremamente considerável. O lactato arterial, típico das injurias teciduais isquêmicas, esteve alterado em quase 100% dos pacientes e também poderia em um futuro estudo, ser avaliado para se determinar algum limiar que pudesse sugerir o diagnóstico de modo mais preciso. A desidrogenase lática (DHL) pode ser um importante auxílio e sua solicitação deve ser estimulada nos serviços.

Estima-se que exista uma forte relação entre os tempos de diagnóstico e definição de conduta para o melhor prognóstico e sobrevida dos pacientes, porém não existe documentação científica válida sobre quais seriam esses tempos, como por exemplo já existem para outras doenças cardiovasculares. Foram estudado os tempos relacionados à admissão do paciente e sua realização do procedimento cirúrgico. Chamado de tempo porta-centro cirúrgico, identificou-se que praticamente a metade dos pacientes levou menos de 24h desde sua entrada no pronto atendimento até a realização do procedimento cirúrgico. Considerando, os obstáculos e barreiras já mencionadas em relação a formulação diagnóstica no AAV, esse tempo pode ser considerado como adequado. Em alguns casos em que o tempo citado foi mais longo, observou-se que o diagnóstico ocorreu tardiamente em decorrência da sobreposição de outros diagnósticos ao mesmo momento ou da manifestação posterior do quadro de AAV. Quando da realização do procedimento cirúrgico, infere-se que esse paciente, na maioria das vezes apresentará instabilidade clínica, e dependerá de uma técnica cirúrgica hábil e precisa. 44% dos casos foram operados em menos de 60 minutos, o mesmo índice para os procedimentos entre 60 e 120 minutos. É importante ressaltar que nos pacientes extremamente graves, o achado intraoperatório foi de uma

condição que configura uma tragédia abdominal, na qual há isquemia global com necrose de todo intestino delgado e por vezes do cólon grosso, que é considerada como incompatível com a vida, fechando o prognóstico do paciente e que, no Brasil, no momento, não apresenta opções terapêuticas factíveis e acessíveis, nesse contexto do AAV, é comumente chamada de *open close*; esses casos os procedimento cirúrgicos são mais breves[19,25]. No estudo em tela obteve-se a ocorrência de 07 casos com essa condição. Considerando a gravidade clínica associada a diminuição das reservas fisiológicas já encontrada na maioria dos pacientes, praticamente todos os pacientes necessitaram de suporte intensivo no pós-operatório, apenas 11% não precisaram de terapia intensiva; e esse tempo variou entre 1 a 3 dias em 40% dos casos, 33% permaneceram apenas 01 dia tendo desfecho clínico em óbito, que são os pacientes extremamente graves cujo tratamento cirúrgico não fora terapêutico (*open close*). Dos pacientes que receberam alta para o quarto, 35%, a maioria, apresentou um tempo de internação maior que 07 dias, demonstrando que a internação prolongada e mais dispendiosas para o sistema é esperado para essa condição clínica e a alta hospitalar, quando passível, ocorre de modo mais tardio em comparação a outras doenças, nas análises identificou-se a alta entre 8 e 14 dias em 28%. O AAV, apesar de ser mais raro que outros, é responsável por uma grande parcela dos óbitos observada na síndrome do abdome agudo, na literatura vigente pode-se encontrar mortalidade que varia entre 60 e 65%[12,26], na presente avaliação atingiu-se uma mortalidade de 67%.

No presente estudo não foram identificadas variáveis significativamente estatísticas do ponto de vista cientifico, que possam predizer a respeito da evolução do paciente para o quadro extremamente grave, incompatível com a vida (*open close*) com os pacientes graves, que apresentam recursos cirúrgicos possíveis. No aspecto relacionado às técnicas cirúrgicas empregadas apenas um caso apresentava condição clínica para a videolaparoscopia, que foi empregada de modo diagnóstico nesse caso, ficando os demais casos com a técnica convencional, por incisão mediana. As colectomias (total e parcial) foram realizadas em 8 pacientes e a enterectomia em 6. É importante frisar que em um mesmo paciente as duas técnicas podem ser empregadas. A confecção

de uma estomia foi necessária em 5 pacientes. Quase metade dos pacientes estavam hemodinamicamente instáveis no intraoperatório e inclusive ocorreu um óbito na mesa cirúrgica. 03 pacientes saíram do ato cirúrgico com quadro de intestino curto (menos que 70% de delgado remanescente). Todos esses dados explicitam o teor e o caráter de gravidade da doença e sua alta morbimortalidade. De igual modo, durante a avaliação clínica, antes do procedimento cirúrgico, quase metade dos pacientes estavam instáveis do ponto de vista hemodinâmico e metade dos pacientes não tinha peritonite, o que torna latente e compreensível o conceito da desproporção clínicopropeudêtica típica e estigmatizante da doença. Exatamente na mesma proporção, o abdome foi descrito como doloroso a palpação superficial porem sem achados de peritonite. Sinais, que em geral são mais sugestivos de obstrução, também foram identificados no exame físico, principalmente a distensão. A tomografia com contraste endovenoso, como já exposto, principalmente como protocolo de AngioTc, é forte aliada para a devida elaboração diagnóstica e principal meio pelo qual a conduta a ser tomada é definida[6,13]. As análises demonstram que, em todas, fora administrado o contraste, e que em 6 estudos a oclusão da artéria mesentérica foi documentada. Liquido livre em 66% dos casos e sinais de sofrimento de alça (pneumatose intestinal) em 27%. Considerando que os achados citados então presentes simultaneamente no mesmo paciente, o somatório de informações radiológica auxilia de modo extremamente contundente na formulação do diagnóstico. Exatamente 50% dos pacientes também tinha sinais de semioclusão ou obstrução intestinais que podem ser erroneamente interpretados conduzindo a diagnóstico e conduta para situações aquém do ideal no contexto do AAV.

6. CONCLUSÃO

O AAV mantém-se como um verdadeiro desafio diagnóstico e terapêutico, até o momento, considerado como raro, deve, provavelmente ter sua incidência aumentada conforme a população geriátrica aumenta no mundo. Esse ineditismo demonstra de modo claro a necessidade de novos estudos e desenvolvimentos que atendem às demandas desses pacientes, principalmente na doença em questão. O último grande avanço, aplicável, foi a AngioTc, que ainda não é acessível a todos; urge, portanto, a necessidade e estímulo do aparecimento de novos métodos e difusão de modo homogêneo daqueles que já existem. A queixa de dor intensa com exame físico desproporcional deve ser amplamente investigada no idoso em associação com hemograma, PCR, lactato, DHL e sobre tudo a gasometria arterial. Apesar da não demonstração no estudo, infere-se de modo intuitivo, que o tempo é fator determinante para melhor prognóstico, mas possivelmente ele não é o único muito menos exclusivo; fatores anatômicos em relação a rede de vasos e colaterais, de resposta inflamatória sistêmica e muito provavelmente algumas explicações ainda não conhecidas, devem indicar qual paciente evolui para desfechos trágicos com *open close* e quais não. O tempo em que essa grave e importante condição clínica chamada abdome agudo vascular era considerado como um diagnóstico secundário e mesmo de exclusão, que não merecia atenção devida, foi-se, cabe aos cirurgiões do presente e principalmente do futuro, obter o conhecimento necessário para reconhecê-la, diagnosticá-la e trata-la com o emprego de todas as técnicas já disponíveis visando diminuição de sua extensa morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Dare AJ, Ng-kamstra JS, Patra J, Fu SH, Rodriguez PS, Hsiao M, et al. Deaths from acute abdominal conditions and geographical access to surgical care in India : a nationally representative spatial analysis. Lancelat Glob Heal. 2015;3(10):646–53. doi: 10.1016/S2214-109X(15)00079-0.

2. Bobadilla JL. Mesenteric Ischemia. Surg Clin North Am. 2013;93(4):925–40. doi: 10.1016/j.suc.2013.04.002.

3. Silva J, White C. Ischemic Bowel Syndromes. Prim Care Clin Off Pract. 2013;40(1):153–67. doi: 10.1016/j.pop.2012.11.007

4. McKinsey J, Gewertz B. Acute Mesenteric Ischemia. Surg Clin North Am. 1997;77(2):307–18.

5. McCarthy E, Little M, Briggs J, Patel R, Bratby MJ. Radiology and Mesenteric ischaemia. Clin Radiol. 2015;70(7):698–705. doi: 10.1016/j.crad.2015.02.012.

6. Cappell MS. Intestinal (Mesenteric) Vasculopathy I: Acute Superior Mesenteric Arteriopathy and Venopathy. Gastroenterol Clin North Am. 1998;27(4):783–825. doi: 10.1016/s0889-8553(05)70033-9.

7. Reinus J, Brandt L, Boley S. Ischemic diseases of the bowel. Gatroenterology Clin North Am. 1990;19(2):319–43.

8. Klar E, Rahmanian PB, Acute mesenteric ischemia: a vascular emergency. Dtsch. Arztebl. Int. 2012;109(14):249–56.

9. Karkkainen J, Lehtimaki T, Manninen H. Acute Mesenteric Ischemia Is a More Common Cause than Expected od Acute Abdomen in the Elderly. j Gastrointest Surg. 2015;19:1407–14.

10. Kolkman J, Geelkerken R. Diagnosis and treatment of chronic mesenteric ischemia: An update. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2017;31(1):49–57.

11. Acosta S. Epidemiology of mesenteric vascular diase: clinical implications. Semin Vasc Surg. 2010;23(1):4–8. doi: 10.1053/j.semvascsurg.2009.12.001.

12. Wyers M. Acte Mesenteric Ischemia: Diagnostic Approach and Surgical Treatment. Semin Vasc Surg. 2010;23(1):9–20. doi: 10.1053/j.semvascsurg.2009.12.002.

13. Hmoud B, Singal AK, Kamath PS. Mesenteric Venous Thrombosis. J Clin Exp Hepatol [Internet]. 2014;4(3):257–63. Acesso em: http://dx.doi.org/10.1016/j.jceh.2014.03.052.

14. Brandt LJ, Boley SJ. AGA Technical review on intestinal ischemia. American Gastrointestinal Association. Gastroenterology. 2000;118(4):954–68.

15. Galland B. Rutherford's Vascular Surgery, 7th edn. Ann R Coll Surg Engl. 2011;93(2):176. doi:10.1308/003588411X561062.

16. Yasuhara H. Acute Mesenteric Ischemia: The Challenge of gastroenterology. Surg Today. 2005;35:185–95. doi: 10.1007/s00595-004-2924-0.

17. Jia Z, Jiang G, Tian F, Zhao J, Li S, Wang K, et al. Early endovascular treatment of superior mesenteric occlusion secondary to thromboemboli. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2014;47(2):196–203. doi: 10.1016/j.ejvs.2013.09.025.

18. Meneghelli UG, Villanova MG, Aprile LRO. Dor abdominal. Medicina (Ribeirão Preto) 1994; 27:164-72.

19. Savassi P, Andrade J, Souza C. Abdomen Agudo: Diagnóstico e Tratamento. In: Medsi. 1993. p. 255–61.

20. Meneghelli UG. Elementos Para O Diagnóstico Do Abdômen Agudo. Med (Ribeirao Preto Online). 2003;36(2/4):283.

21. Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am. 2006;90:481-503.

22. Elhardello OA, MacFie J. Digital rectal examination in patients with acute abdominal pain. Emerg Med J. 2018 Sep;35(9):579-580.

23. Maleki Verki M, Motamed H. Rectus Muscle Hematoma as a Rare Differential Diagnosis of Acute Abdomen; a Case Report. Emerg (Tehran). 2018;6(1):e28.

24. Kaushal-Deep SM, Anees A, Khan S, Khan MA, Lodhi M. Primary cecal pathologies presenting as acute abdomen and critical appraisal of their current management strategies in emergency settings with review of literature. Int J Crit Illn Inj Sci. 2018 Apr-Jun;8(2):90-99.

25. Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen Agudo. Med (Ribeirao Preto). 2007;40(3):358.

26. Woodwell DA; Cherry DK. National ambulatory medical caresurvey. 2002 Advance Data 2004 (346):1-44.

27. Cronenwett JL, Wayne JK. Rutherford's Vascular Surgery. Ann R Coll Surg Engl. 2014;90(2):176.

28. Park WM, Gloviczki P, Cherry KJ *et al*. Contemporary management of acute mesenteric ischemia: Factors associated with survival. J Vasc Surg. 2002;35:445-52.

29. Jia z, Jiang G. Early Endovascular Treatment of Superior Mesenteric Occlusion Secondary to Thromboemboli. 2013;09:25. doi: 10.1016/j.ejvs.2013.09.025.

30. Blauw JTM, Bulut T, Oderich GS, Geelkerken BRH. Mesenteric vascular treatment 2016: from open surgical repair to endovascular revascularization. Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2017;31:75–84.

31. Björck M, Orr N, Endean ED. Debate: Whether an endovascular-first strategy is the optimal approach for treating acute mesenteric ischemia. J. Vasc. Surg. 2015;62:767–769.

32. Renner P. Intestinal ischemia: current treatment concepts. Langenbeck's Arch. Surg. 2011;396:3–11.

33. Zhao Y. Management of Acute Mesenteric Ischemia. Vasc. Endovascular Surg. 2016;50:183–192.

34. Siegel, S, Castellan Jr. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2ª Edição. Artmed. 2006.

ANEXO A. APROVAÇÃO CEP

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO - UNISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES COM DIAGNOSTICO DE ABDOME AGUDO VASCULAR EM HOSPITAL DE REDE DE SAUDE SUPLEMENTAR DA CIDADE DE SÃO PAULO

Pesquisador: Elias Jirjoss Ilias

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 45319421.5.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.951.521

Apresentação do Projeto:

Idem anterior

Objetivo da Pesquisa:

Idem anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pendência de avaliação CEP:

Folha de rosto assinada - ok

Cronograma de acordo.

Orçamento 200,00 com financiamento pp - OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Discutir CEP

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340
Bairro: Jardim das Imbuias **CEP:** 02.450-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2141-8687 **E-mail:** pesquisaunisa@unisa.br

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1723554.pdf	25/08/2021 17:48:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	25/08/2021 17:47:48	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Folha de Rosto	FREliasIlias.pdf	25/08/2021 17:31:52	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Outros	JustificativadanaoapresentacadoTCLE.pdf	02/08/2021 14:18:30	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Outros	termodecompromissoeconfidencialidade.pdf	02/08/2021 14:16:58	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Outros	CartadeConcessao.docx	02/08/2021 14:15:50	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Declaração de concordância	AutorizacaoPrevent.pdf	02/08/2021 14:14:27	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Outros	coparticipacao.pdf	24/07/2021 11:58:40	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	24/07/2021 11:57:03	Elias Jirjoss Ilias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	24/07/2021 11:55:49	Elias Jirjoss Ilias	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 03 de Setembro de 2021

Assinado por:
Ana Paula Ribeiro
(Coordenador(a))

ANEXO B. SUBMISSÃO DO ARTIGO

Artigo Submetido - Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões Caixa de entrada ×

RCBC - GNPapers gnpapers@gnpapers.com.br por amazonses.com
para mim

18:26 (há 8 minutos)

CBC
Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Ilmo(a) Sr.(a)
Prof(a), Dr(a) Carolina Nunes França

Número do artigo: 3235
Seçao: Artigo original

Agradecemos a preferência por ter submetido o manuscrito "Análise epidemiológica de pacientes com diagnóstico de Abdome Agudo Vascular em hospital de rede de saúde suplementar da cidade de São Paulo: estudo retrospectivo" à Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Esse será enviado para avaliação e comentários dos revisores.